II P

...INEKOLOGICZNEJ UNIW. JAGIELL.

CIĄŻA
A ZŁOŚLIWE NOWOTWORY ODBYTNICY

PODAŁ

PROF. DR ALEKSANDER ROSNER

W KRAKOWIE
W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1915

Z KLINIKI POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEJ UNIW. JAGIELL.

CIĄŻA
A ZŁOŚLIWE NOWOTWORY ODBYTNICY

PODAŁ

PROF. DR ALEKSANDER ROSNER

W KRAKOWIE
W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1915

A 204/III/80

Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego« 1915.

BIBLIOTHECA UNIV. IAGELL. CRACOVIENSIS

Biblioteka Jagiellońska

Ciąża a złośliwe nowotwory odbytnicy.

Uwagi kliniczne.

Podał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

Punktem wyjścia naszych rozważań nad powikłaniem ciąży nowotworami odbytnicy stał się przypadek, spostrzegany w klinice, o tyle niezwykły, że dotyczył ciężarnej, która, przebywszy operacyę doszczętną z powodu raka odbytnicy, tego powikłania właściwie już nie przedstawiała. Niemniej stan tej chorej, z raka na razie zupełnie uleczonej, budził ze względu na ciążę i oczekiwany poród liczne obawy i zmusił nas do operacyjnego wkroczenia.

Historya jej choroby przedstawia się w skróceniu, jak następuje:

F. S. l. 28, l. dz. 83 z r. 1913/14. Przebyła dwa prawidłowe porody, z których drugi przed $2^1/_2$ laty; roniła raz. Miesiączkować zaczęła wcześnie, bo w 11. roku życia; peryod zjawiał się co 4 tygodnie, trwał 3 do 5 dni i nie był obfity. Ostatni peryod miała chora w sierpniu 1913 r., poczem zaszła w ciążę. W początku listopada, a więc w czasie, kiedy była przeszło 2 miesiące w ciąży, zwróciła się do kol. prymaryusza Dr. Wachtla, żaląc się na dolegliwości ze strony odbytnicy, a mianowicie ból i odchodzenie krwawo zabarwionego śluzu. Dr. Wachtel, zbadawszy kiszkę palcem i rektoskopem, rozpoznał złośliwy nowotwór odbytnicy na wysokości trzeciego zwieracza i uznał zabieg operacyjny za niezbędny. Chora opuściła wówczas Kraków i bez wiedzy

swojego ordynaryusza udała się do jednej z pozakrajowych klinik chirurgicznych, gdzie poddała się zabiegowi doszczętnemu w dniu 20. listopada 1913. Operacya polegała na resekcyi odbytnicy sposobem Hochenegga. Ciąży przed zabiegiem nie usunięto i mimo ciężkiej operacyi chora nie poroniła, tak że wróciła w styczniu do Krakowa w 5. miesiącu ciąży. Stan chorej w owym czasie był o tyle niekorzystny, że w przebiegu blizny pooperacyjnej potworzyły się przetoki, z których wylewał się kał płynny. W drugiej połowie stycznia powstała nadto przetoka z odbytnicy do pochwy w pobliżu sklepienia tylnego, z której to przetoki sączyła się treść ropna, zmieszana z kałem. Towarzyszyła tym objawom znaczna niedokrwistość i wybitne osłabienie chorej. Ciąża pięciomiesięczna była pod każdym względem prawidłowa. Badanie przez pochwę pozwalało stwierdzić, że na wysokości połowy tylnej ściany pochwy istnieje bliznowate połączenie odbytnicy z pochwą, przez co ściany obu tych przewodów były względem siebie zgoła nie przesuwalne. Na górnej granicy tego bliznowatego zjednoczenia, a więc już w pobliżu sklepienia, znajduje się otworek, którym wydobywa się płynny kał do pochwy. Ciepłota i tętno nie zbaczały od normy.

Po naradzie z lekarzami ordynującymi przyjąłem chorą do kliniki celem przerwania ciąży. Operacyę wykonałem d. 6. lutego, a więc w czasie, kiedy chora była w 6. miesiącu ciąży, t. j. w tym okresie, w którym płód urodzony jeszcze nie może być przy życiu utrzymany. Po dokładnem rozważeniu wszystkich okoliczności zdecydowałem się na amputacyę ciężarnej macicy przez laparotomię. Zabieg nie przedstawiał trudności. Macicę usunąłem nieprzeciętą, a więc razem z całą jej zawartością. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. Chora opuściła klinikę 22. lutego.

Decyzyi, że ciąża ma być przerwana i że w tym celu tego właśnie sposobu użyć należy, nie oparłem na cudzem doświadczeniu, podanem w odnośnem piśmiennictwie, tem mniej na doświadczeniu własnem, którego nie miałem. Do przekonania, że tak działać trzeba, doszedłem na podstawie rozumowania i szczegółowej oceny wszystkiego, co za lub przeciw przemawiało. Z piśmiennictwem zapoznałem się później.

Dlaczego ciążę należało w tym przypadku przerwać? Czy wpływ jej był tak niekorzystny? Sądzę, że mogę na pytanie to odpowiedzieć twierdząco. Na pierwszy plan wysunąć się musi pytanie, czy ciąża sprzyjała u tej chorej rozwojowi nawrotu, względnie, czy nawrót miał warunki szybszego rozwoju. Nie ulega wątpliwości, że rak szyjki macicznej, pochwy i sromu rozwija się i uogólnia wśród ciąży szybciej, niż poza nią. Ciąża rozgrywa się w trzonie macicy, szyja, pochwa i srom znajdują się przez cały czas ciąży pod wpływem przekrwienia i okazują skłonność do przerostu. Ten życiowy bodziec działa jednak i poza granicami części płciowych na narządy najbliżej sąsiadujące, w pierwszym rzędzie na pęcherz i na odbytnicę. I one biorą udział w przekrwieniu. Przemawia za tem obraz cystoskopowy pęcherza i wczesne zjawianie się guzów krwawniczych w ciąży, w tym okresie, kiedy o ucisku na kiszkę mowy być nie może. Potężny rozwój układu chłonnego narządów rodnych podczas ciąży dotyczy do pewnego stopnia i narządów sąsiadujących, a wszystko to nie może być bez wpływu na nawrót i uogólnienie się nowotworu.

Ale nie o to jedynie chodziło w naszym przypadku i nie to uniemożliwiało nam czekanie na taki okres ciąży, w którym płód byłby zdolny do życia pozamacicznego. Szkodliwy wpływ ciąży na gojenie się rany i na bliznę pooperacyjną dał się u naszej chorej poprostu naocznie stwierdzić. Mam tu na myśli późne powstanie przetoki pochwowoodbytniczej. Macica ciężarna wskutek swojej prawidłowej ewolucyi rozciągała tu bliznę okrężną w ten sposób, jakby chciała górny odcinek odbytnicy podnieść do góry i oddzielić w bliźnie od dolnego. Było to następstwem powolnej, ale stałej elewacyi, jakiej podlega każda ciężarna macica w drugiej połowie ciąży.

Elewacya ta nie wpływa w prawidłowych przypadkach zgoła na odbytnicę, a bardzo niewiele na pęcherz. Bardzo znaczne rozpulchnienie tkanki, oddzielającej ścianę pęcherza od pochwy i szyi macicznej, sprawia, że narządy te w ciąży

mogą względem siebie znacznie swobodniej się przesuwać, niż u osoby nieciężarnej. Odbytnica i poza ciążą nie okazuje tak ścisłego związku ze ścianą pochwy, jak pęcherz moczowy. W dolnej części oddziela ją od pochwy mięśniowe krocze, które, jak klin, szeroką częścią ku dołowi zwrócony, wsuwa się między te dwa przewody. Ponad kroczem przylega odbytnica ściślej do ściany pochwy tylko na krótkiej przestrzeni, poczem wsuwająca się z góry otrzewna jamą Douglasa oddziela pochwę od kiszki, pokrywając obydwie. Wynika z tego, że macica, pociągając podczas ciąży pochwę ku górze, może to uczynić, nie przemieszczając równocześnie pęcherza ani odbytnicy; pochwa przesuwa się wówczas wzdłuż odbytnicy, zostającej na miejscu. Klasycznego dowodu, że tak jest w istocie, dostarczyło spostrzeżenie z kliniki krakowskiej Madurowicza, opisane przez Jana Rosnera. Dotyczyło ono przypadku wrodzonego ujścia odbytnicy do pochwy (atresia ani vaginalis), w którym pod koniec ciąży doszło do zatrzymania wielkich mas kałowych w kiszce, na co z pewnością wywarła wpływ zmiana kierunku przewodu, wywołana przesunięciem się jednego narządu względem drugiego.

O takiem przesuwaniu się nie mogło było być mowy u naszej chorej. Blizna pooperacyjna doprowadziła do ścisłego zrośnięcia się odbytnicy z pochwą, co stało się tem łatwiej, że okrężnej resekcyi dokonano bezpośrednio pod dnem jamy Douglasa, a więc w miejscu ponad klinem krocza, w którem ściana odbytnicy przylega najbliżej do pochwy. To ścisłe zrośnięcie się obu ścian stało się przyczyną tego, że przesuwanie się pochwy nie mogło być obojętne dla odbytnicy, że więc macica dźwigała tu do góry nietylko pochwę, ale i górny odcinek kiszki. Łatwo zrozumieć, że w tym stanie rzeczy okrężna blizna nie miała warunków, jakieby były pożądane dla należytego skonsolidowania się, utrudnionego zresztą w tem miejscu przez ruchy robaczkowe i przesuwanie się mas kałowych. Te ostatnie niekorzystne czynniki miały jednak, jako chwilowo działające,

mniejsze znaczenie, niż stałe rozciąganie blizny. Zresztą były nieuniknione.

Pod wpływem tych rozważań zapadło postanowienie że z przerwaniem ciąży nie należy zwlekać. Ciężka niedokrwistość i w ogóle zły stan chorej przemawiały za temsamem, bo przecież ciąża jest czynnikiem, który u zdrowych i silnych osób zdrowie i siły podnosi. u chorych natomiast często źle na ogólny stan wpływa.

Wybór sposobu nie przedstawiał trudności. Wszelkie zabiegi od strony pochwy były z góry wykluczone; drogę tę uważaliśmy za zakażoną Pozostawała droga brzuszna, a więc cięcie cesarskie. W pierwszym rzędzie nasuwało się na myśl cięcie klasyczne z pozostawieniem macicy. Ale i to odrzuciliśmy, gdyż zdawało nam się, że rana połogowa macicy i rana operacyjna trzonu sąsiadowałyby zbyt blizko ze źródłem zakażenia, tj. z przetoką odbytniczą Operacya doszczętna sposobem Porro była tu z pewnością bezpieczniejsza.

Robiąc ten zabieg pod koniec ciąży, otwiera się naprzód macicę, wyjmuje płód, a potem dopiero usuwa się macicę.

Robić się tak musi ze względu na płód. Ten wzgląd nie odgrywał w naszym przypadku roli; płód był tak czy tak stracony, a obowiązkiem naszym było dbać o to, żeby matka poniosła jak najmniejszy szwank na zdrowiu. Usunąłem macicę nieotwartą; uniknąłem w ten sposób niepotrzebnej utraty krwi, która towarzyszy prawie zawsze opróżnieniu przeciętej macicy; bywa ona niekiedy ogromna. Zamierzony cel osiągnąłem, gdyż operacya dała się wykonać prawie bezkrwawo [1]).

---

[1]) Nie wyjąłem macicy z częścią pochwową, tylko uciąłem ją nieco poniżej ujścia wewnętrznego. Błonę śluzową szyjki macicznej wypaliłem przyżegadłem Pacquelina. Doszczętne usunięcie macicy z szyjką uważałem za niewłaściwe dlatego, ponieważ nie chciałem zadawać rany otrzewnej w pobliżu przetoki pochwowej, nie chciałem otwierać od strony brzucha pochwy, którą uważałem za zakażoną. Nie będąc pewnym, czy przewód szyjki jest jałowy, wypaliłem go przyżegadłem.

Po zabiegu dopiero rozpatrzyłem się w piśmiennictwie. Szukałem w niem krytyki własnego postępowania, ściśle biorąc, potwierdzenia jego słuszności. Przypadków powikłania ciąży rakiem odbytnicy znalazłem w dostępnem mi piśmiennictwie trzydzieści. Dotyczyły one kobiet dość młodych. U ośmiu z nich nie podano wieku, jedna liczyła lat mniej, niż dwadzieścia, jedenaście było między 20. a 30. rokiem życia, osiem między 30. a 40., a tylko dwie powyżej 40. Odpowiada to mniej więcej częstości ciąży w różnych okresach życia kobiety.

W dziesięciu przypadkach nie podano, podczas której z kolei ciąży zauważono raka odbytnicy. U pięciu chorych rozwinęło się to cierpienie podczas pierwszej ciąży, u trzech podczas drugiej, dwie były trzeci raz ciężarne, pięć po raz czwarty; po jednym przypadku wypada na ciążę piątą, szóstą, dziewiątą, dziesiątą i dwunastą.

U trzech chorych odkryto raka odbytnicy dopiero w połogu po prawidłowym porodzie; rozmiary nowotworu i okres połogu przemawiały za tem, że rak istnieć musiał już podczas ciąży.

Cztery razy spostrzegano samorodny, mniej lub więcej prawidłowy poród; nowotwór odbytnicy nie stanowił poważnej przeszkody porodowej, podobnie jak u tamtych trzech chorych. W pięciu przypadkach natomiast przeszkoda ta była widoczną, tak że pomoc okazała się konieczną: wykonano operacyę kleszczową, wymóżdżenie, względnie wydobycie dziecka za nóżki. Dwanaście razy nie można było nawet myśleć o rozwiązaniu przez pochwę; w tych przypadkach ukończono poród cięciem cesarskiem, i to osiem razy z pozostawieniem macicy, cztery razy sposobem Porro.

Dla umożliwienia operacyi raka, względnie dla stworzenia korzystniejszych dla niej warunków przerwano 5 razy ciążę, i to cztery razy w sposób zwykły, raz usunięto ciężarną macicę przez pochwę.

Raz tylko operowano podczas ciąży, nie przerwawszy

jej naprzód; zabieg wywołał jednak poronienie, poczem nastąpiło zakażenie i śmierć.

Opisane przypadki są wielce rozmaite. Ta rozmaitość polega na tem, że w jednych przypadkach rozpoznawano raka odbytnicy dopiero podczas połogu, w innych podczas porodu, w innych znowu w rozmaitych miesiącach ciąży. Sam nowotwór był w chwili rozpoznania rozmaicie rozwinięty i tworzył u jednych chorych wielki guz, wypełniający znaczną część miednicy małej, u innych stanowił nieznaczne owrzodzenie z naciekiem, nie przeszkadzającym mechanicznie porodowi. I usadowienie guza było rozmaite, co na przebieg wywierało niewątpliwie wpływ.

Z tych przebiegiem wielce od siebie różniących się przypadków wybieram kilka, które stanowić mogą typ; inne podobne są do nich mniej lub więcej

I. Rak usadowił się wysoko i mimo dość znacznych rozmiarów nie stanowił przeszkody porodowej. O ile z opisu wnosić można, leżał on na wysokości III kręgu krzyżowego, a więc w miejscu największej wklęsłości kości krzyżowej. Wiadomo, że w tem miejscu wymiar prosty miednicy jest najdłuższy. (Semmelink, Centr. f. Gyn. 1903 p. 73). Ten typ przebiegu nie jest jednak częsty. W przypadku Semmelinka była zapewne bardzo obszerna miednica, a guz, wytworzony przez nowotwór, był niezbyt wielki.

II. Nowotwór rozwinął się bardzo nizko, zaledwie 3 cm ponad odbytem; wywołał zwężenie kiszki, powyżej którego nagromadziły się znaczne ilości kału. Ten kał, a nie nowotwór, przeszkadza porodowi. Po opróżnieniu kiszki samorodny poród donoszonego dziecka. (Rossa, Centr. f. Gyn. 1902 p. 1241). W przypadku tym nagromadzenie kału i powstała stąd przeszkoda porodowa nie zmienią istoty rzeczy, mianowicie tego faktu, że nowotwór sam przez się porodowi nie przeszkadzał. Leżał on poprostu już poza miednicą kostną w najniższym odcinku odbytnicy.

III. Rak stanowi przeszkodę porodową; poród operacyjny przez wydobycie dziecka za nóżki. Dziecko nieżywe.

Matka zmiera w cztery dni później. Oględziny pośmiertne wykazują zmiażdżenie i rozdarcie odbytnicy (Cruveilhier). W przypadku tym występuje wyraźnie fatalne działanie urazu porodowego na odbytnicę zajętą nowotworem.

IV. Wielki guz nowotworowy zajmuje dużo miejsca w miednicy; macica wysoko, główka nieustalona, ujście przysunięte do spojenia. Na tylnej ścianie pochwy przetoka kałowa. Ponieważ o porodzie na drodze naturalnej mowy być nie może, rozwiązanie przez cięcie cesarskie zachowawcze. Przebieg pooperacyjny korzystny. Dziecko 2400 gr., zdrowe (Hollaender, Freund, Arch. f. Gyn. t. 44 p. 149). W przeciwstawieniu do przypadku poprzedniego uniknięto tu dzięki cięciu cesarskiemu zmiażdżenia odbytnicy.

V. Raka odbytnicy rozpoznano w 7. miesiącu ciąży. Nowotwór nie jest tak daleko posunięty, żeby się nie dał doszczętnie usunąć. Przed tą operacyą wywołuje się jednak poród przedwczesny, poczem zabieg doszczętny (Endelmann (z Warszawy) Centr. f. Gyn. 1902 p. 848). W tym przypadku poszedł Endelmann za rozumną radą Löhleina.

VI. U 24-letniej kobiety rak odbytnicy i 4. miesiąc pierwszej ciąży. Ciąży nie przerywa się, tylko wykonywa się doszczętną operacyę raka. Czwartego dnia poronienie, poczem śmierć wśród objawów zakażenia (Petersen).

Przypadek opisany przezemnie nie mieści się w ramach tych sześciu typów. Przypomina poniekąd typ ostatni; wspólne z nim ma to, że doszczętną operacyę raka wykonano w obu przypadkach bez względu na istniejącą ciążę. Przebieg późniejszy był jednak w obu przypadkach różny. U Petersenowskiej chorej operacya wywołała poronienie, a to ze swojej strony przyczyniło się do śmierci; u naszej chorej przebieg był szczęśliwszy. Przekonywa on nas o tem, że nawet po tak ciężkim zabiegu może ciąża nie przerwać się, ale dowodzi równocześnie, że istnienie blizny pooperacyjnej w odbytnicy jest również wielce niemiłem powikłaniem ciąży. Przekonany jestem, że w przypadku naszym trzeba było tak postąpić, jak postąpiliśmy. Jeśli jednak tak

jest w istocie, to stwierdzić trzeba, że chora nasza nietylko nic nie zyskała przez to, iż ciąży u niej przed operacyą nie przerwano, ale przeciwnie straciła, gdyż, pominąwszy już wszystko inne, narażona została na operacyę znacznie cięższą, niż wywołanie poronienia w początku ciąży.

Z opisanych w piśmiennictwie przypadków można wysnuć następujące wnioski. Rak odbytnicy jest bardzo ciężkiem powikłaniem ciąży; w przeważnej liczbie przypadków stanowi on znaczną przeszkodę porodową, która niekiedy jest bezwzględną i nie pozostawia innej drogi wyjścia, prócz cięcia cesarskiego. Ale nawet w tych przypadkach, w których płód przejść może przez miednicę, cięcie cesarskie może być wskazane dla uniknięcia ciężkiego urazu, jaki poród zadać musi kiszce. Wyjątek stanowią te przypadki, w których rak zajmuje najniższy odcinek kiszki; nie może się on wówczas dostać pomiędzy główkę, a ścianę miednicy, choć i w tych przypadkach uraz chorego miejsca nie jest mały.

Przed doszczętnem usunięciem raka odbytnicy powinno się przerwać ciążę bez względu na jej okres, a to dlatego, że i poronienie bezpośrednio po zabiegu i poród w dłuższy czas po nim przedstawiają zbyt wielkie dla chorej niebezpieczeństwo.

Zresztą, gdzie chodzi o chorobę tej wagi, co rak, tam wszystko uczynić należy, żeby stworzyć najkorzystniejsze warunki dla operacyi, a najniekorzystniejsze dla wzrostu i nawrotu nowotworu. A przecież wątpić nie można, że ciąża rozrostowi raka odbytnicy sprzyja i zapewne powstanie nawrotu ułatwia.

V
M J
G